

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

AS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035396

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : JAADANE Mohamed

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : 1325

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066369004

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





**SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des															
	21	Remont	26																
<b>Montant des soins</b>				150															
<b>Début d'exécution</b>				28/09															
<b>Fin d'exécution</b>																			
<b>O.D.F.</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000	G																
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction)				<b>Date du devis</b>															
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Fin de</b>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-375349	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

**MUTRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**VV18-375349**

**DATE DE DEPOT**  
...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1325	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		JAAANE M	
Fonction	Retraite	Phones 0663609004	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Mohammed	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date : .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

**CACHET**

Oujda, le 22 Juin 19 ..... وجدة، في

IF 10100258

I CE: 001680670000062

CNSS : 6259726

03 OCT. 2019

Bla 150

## Attestation de paiement facture N°158/19

Je soussigné DR Birouk salah Eddine , certifie  
avoir reçu la somme de 150 dirhams , comme  
honoraires de soins dentaire.

De la part de Mr jaadan Mohammed.

Salah Eddine Birouk  
Chirurgien Dentiste  
Bd Zerkouni - Imb Essaada  
A - 2000 Appl N°5 - Oujda  
Tél: 05 36 70 75 74